

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° W21-819510

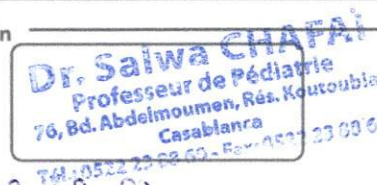
☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12568 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ESSATTE HOUSSAM  
 Date de naissance : 27/04/1987  
 Adresse : RIAD ANDALOUSSE MARBELLA 3 IMM 59  
 APPT 20 HAY RIAD RABAT  
 Tél. : 0678490701 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2023

Nom et prénom du malade : LILYA ES SATTE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : pharyngite

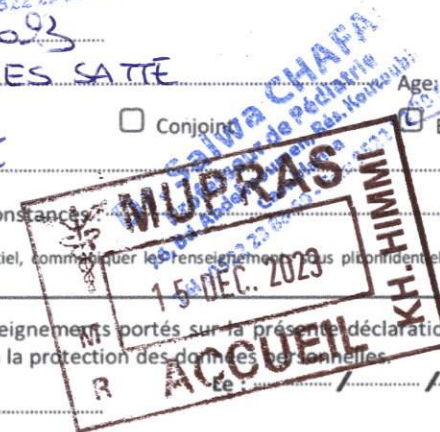
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/12/23		3	300 dh	

INP :

Dr. Salwa C. Abd. Kadir  
Professeur de Psychologie  
Bd. Abdelmoumen INES  
22 23 88 60 - Fax: 25 22 2  
INCE : 00210603900093  
INP : 081024447

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/23	571.50

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant  
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

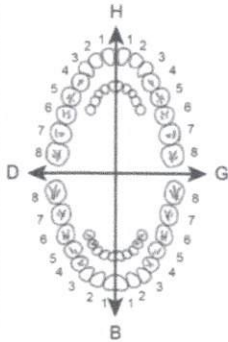
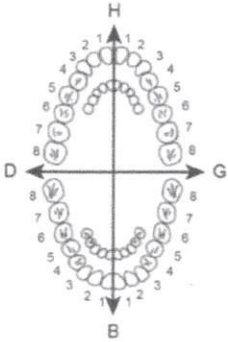
Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            11433553         </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	{Création, remont, adjonction} Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des Soins	
------------------	--

Coefficient

INP : | | | | |

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The diagram shows the bridge structure with numbered piers and a central pier.

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is labeled 'D' on the left side.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Salwa CHAFAÏ

Professeur de Pédiatrie

Spécialiste en Hépatologie,  
Gastro-entérologie, Nutrition et  
Endoscopie Digestive Pédiatriques  
Lauréate de la faculté de médecine  
de Casablanca et de l'université Paris V

الدكتورة سلوى الشافعي

أستاذة في طب الأطفال

اختصاصية في أمراض الكبد الجهاز الهضمي  
التغذية و التشخيص بالمنظار  
الداخلي عند الطفل  
خريجة كلية الطب بالبيضاء  
V جامعة باريس

Casablanca, le .....

13/12/2023

enfant Lilya ESSATTÉ

Age : 11 mois et 10 jours Poids : 9,850 Kg

STERIMAR

Faire 1 pulvérisation le matin, à midi, à 16h et le soir, pendant 6 jours

MAXILASE SP 1 FL 125 ML

Prendre 1 dose le matin, à midi et le soir pendant 6 jours

DOLI PEDIATRIQUE Solution Buvable à 3 % Flacon 90 ML  
kilo dose 4 fois par jour si T° > 38°

PHARMACIE DALAL  
T. EL ARAQI Dalal  
24 bis, Rue des Veneaux, Oasis  
Casablanca  
Tél: 05 22 23 992 754 - Fax: 05 22 280 292

56, شارع عبد الرحيم بوعبيد، زاوية زنقة إيبيس - فضاء مكاتب الوازيس - الطابق الخامس - الدار البيضاء  
56, Bd Abderrahim Bouabid, Angle rue Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5<sup>ème</sup> étage - Casablanca

الهاتف : 05 22 23 88 60 - GSM : 06 61 15 36 77 - المحمول : 05 22 23 88 60

البريد الإلكتروني : E-mail : salwa.chafai@gmail.com

أميلاز<sup>®</sup>  
ريم  
200 U.CEIP/ml  
ألفا أميلاز

40/00

**Doli<sup>®</sup>**  
Pédiatrique  
Paracétamol

PPV 17DH50  
PER 07/26  
LOT 42681

17/10

